UNIVERSITE D'ALGER

Faculté Mixte de Médecine et de Pharmacie

ANNEE 1970 N°.....

LE SYNDROME DE LOFGREN

A PROPOS DE DEUX OBSERVATIONS

THESE

POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE

PAR

AMRANE Rabah

Né le 3 Mars 1940 à Bédjaia

MEMBRES DU JURY

M.M. M. BENDIB, Professeur de Clinique Electro-Radiologique — Président

P. CHAULET, Maitre de Conférence agrégé (Pneumo-phtisiologie)

D. LARBAOUI, Maitre de Conférence agrégé (Pneumo-phtisiologie) — Juges

M. YSMAIL-DAHLOUK, Maitre de Conférence agrégé (Dermatologie)

UNIVERSITE D'ALGER

Faculté Mixte de Médecine et de Pharmacie

ANNEE 1970 1971

LE SYNDROME DE LOFGREN

A PROPOS DE DEUX OBSERVATIONS

THESE

POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE

PAR

AMRANE Rabah

Né le 3 Mars 1938 à Oujda

MEMBRES DU JURY

MM. M. BENDIB, Professeur de Clinique Dermato-Vénéréologique — Président

P. CHAULET, Maître de Conférences agrégé (Pharmacodynamie) — Juges

M. LAMBARDI, Docteur ès Sciences, Maître de Conférences (Physico-Chimie)

M. YSMAIL DAHLOUK, Maître de Conférences agrégé (Dermatologie)

UNIVERSITE D'ALGER

Faculté Mixte de Médecine et de Pharmacie

ANNEE 1970 N°.....

LE SYNDROME DE LOFGREN

A PROPOS DE DEUX OBSERVATIONS

THESE

POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE

PAR

AMRANE Rabah

Né le 3 Mars 1940 à Bédjaia

MEMBRES DU JURY

M.M. M. BENDIB, Professeur de Clinique Electro-Radiologique — Président

P. CHAULET, Maitre de Conférence agrégé (Pneumo-phtisiologie)

D. LARBAOUI, Maitre de Conférence agrégé (Pneumo-phtisiologie) — Juges

M. YSMAIL-DAHLOUK, Maitre de Conférence agrégé (Dermatologie)

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples et selon la tradition d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les moeurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères, si j'y manque.

Je dédie cette thèse :

- A MES PARENTS :

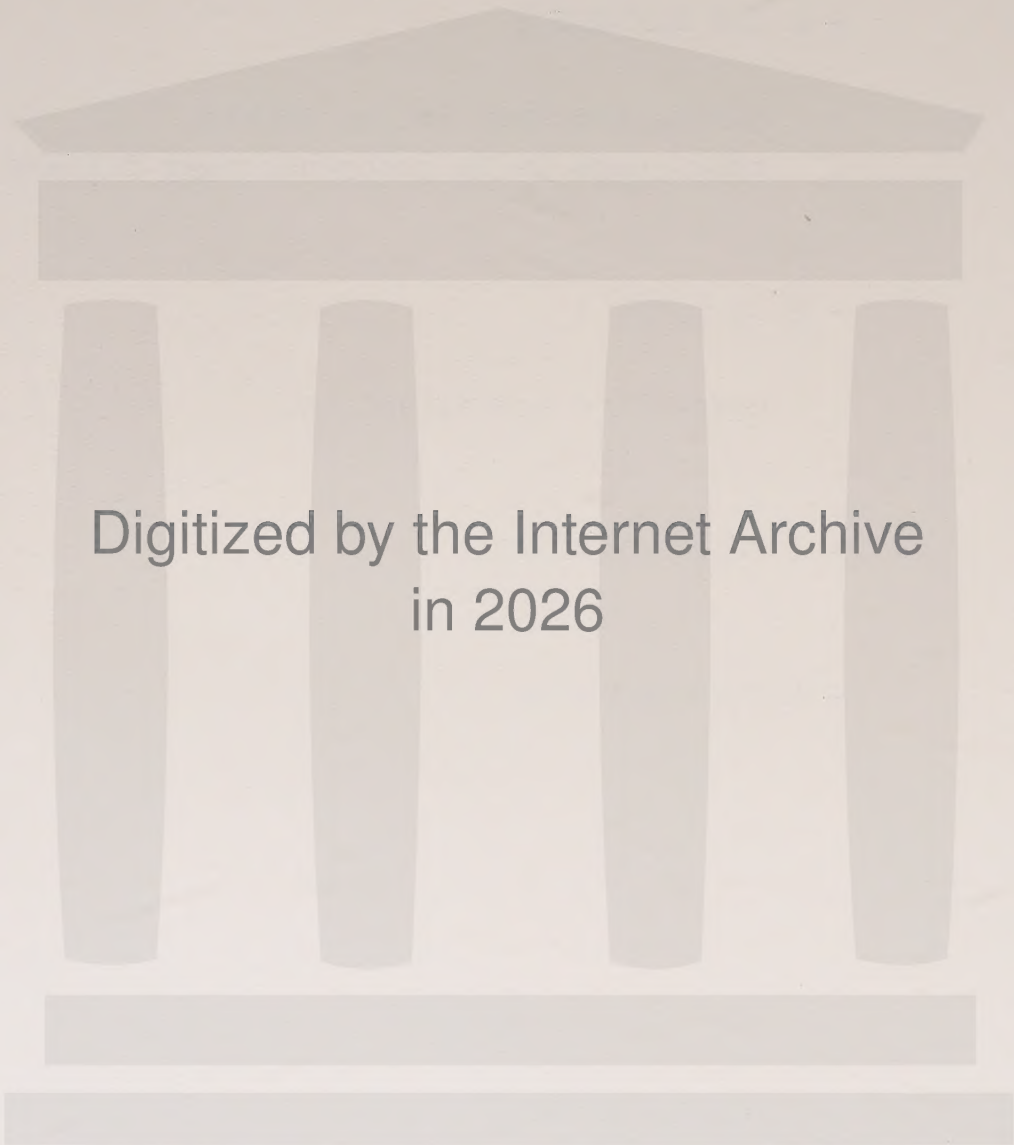
qu'ils trouvent ici un faible
témoignage de ma reconnaissance filiale.

- A MA FEMME :

avec toute mon affection.

- A TOUS LES MIENS

- A TOUS MES AMIS.


Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41536513_0032

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR BENDIB

Un respectueux hommage pour l'accueil qu'il nous a toujours réservé et pour ses précieux encouragements.

Nous sommes très sensibles à l'honneur que vous nous faites en acceptant de présider cette thèse.

AUX MEMBRES DE NOTRE JURY :

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGE CHAULET

Vous nous avez inspiré le sujet de cette thèse et nous avez guidé sans cesse dans son élaboration. Ce travail est le vôtre.

Soyez assuré de notre profonde gratitude, de notre indéfectible attachement.

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGE LARBAOUI

Votre aide et vos conseils nous ont été précieux dans l'élaboration de ce travail.

Veuillez trouver ici l'expression de nos vifs remerciements et de notre profonde reconnaissance.

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGE YSMAIL DAHLOUK

Nous avons été externe dans votre service où nous avons été l'objet d'un accueil sympathique.

Vous nous avez fait l'honneur de juger notre travail, soyez assuré de notre gratitude.

A MONSIEUR LE DOCTEUR LAZIB

Vous nous avez accueilli avec bienveillance
dans votre service où nous avons bénéficié
d'une expérience et d'un enseignement précieux.

Nous vous en exprimons notre profonde et amicale
reconnaissance.

A TOUTE L'EQUIPE DE L'HOPITAL ISSAD HASSANI.

INTRODUCTION

On désigne couramment sous le nom de syndrome de Löfgren l'association d'un erythème noueux, d'adénopathies médiastinales bilatérales et accessoirement d'une diminution (ou d'une absence) des réactions cutanées à la tuberculine. L'étiologie de ce syndrome est discutée depuis 20 ans.

En effet, l'association d'un érythème noueux et d'adénopathies médiastinales évoquait classiquement la tuberculose, particulièrement la primo-infection tuberculeuse.

Mais à côté de certains cas d'association où l'étiologie tuberculeuse était indiscutable, il existait d'autres cas où les tests tuberculiniques étaient négatifs et pour lesquels l'étilogie streptococcique a été d'abord évoquée.

C'est à Löfgren que revint le mérite de souligner la fréquence de l'étiologie sarcoïdosique dans l'association "érythème noueux - adénopathies médiastinales bilatérales", d'où le nom de syndrome de Löfgren donné par les auteurs Français à cette association.

Cependant, les causes de cette association sont multiples. Des cas de "syndrome de Löfgren" d'origine ornithosique, virale ont été décrits ; on a même parlé de "syndrome de Löfgren" tuberculeux, d'où la confusion nosologique qui en est résulté.

Actuellement, il est admis par la majorité des auteurs que le syndrome de Löfgren constitue une forme de début de la sarcoïdose. Cette conception n'exclut pas le rôle d'autres étiologies dans la genèse de l'association "erythème noueux - adénopathies médiastinales", mais elle permet de donner à

.../...

l'étiologie sarcoïdosique la place de choix qui lui revient, place dont Löfgren a su le premier démontrer l'importance.

Notre travail, à propos de deux observations cliniques de l'association observée à Alger, se propose de présenter un cas de syndrome de Löfgren d'étiologie sarcoïdosique et un "faux syndrome de Löfgren", d'étiologie probablement tuberculeuse. A la faveur de ces deux cas, nous voulons, dans le premier chapitre : rappeler l'évolution historique des idées sur le syndrome de Löfgren, ce qui nous permettra de tenter de situer le cadre nosologique de la question.

Dans le chapitre II : Nous rapporterons les deux observations recueillies récemment au Centre Hospitalier et Universitaire d'Alger.

Dans le chapitre III : Nous étudierons particulièrement le syndrome de Löfgren en temps que manifestation précoce de la sarcoïdose de Besnier - Boeck - Schaumann.

Enfin, dans un dernier chapitre :

Nous nous efforcerons de tirer les conclusions pratiques de ce travail :

- Conclusions d'ordre clinique et thérapeutique, d'une part,

- Conclusions épidémiologiques, d'autre part.

C H A P I T R E I

N O S O L O G I E

QU'EST-CE QUE LE SYNDROME DE LOFGREN ?

Dans sa publication initiale en 1946, Löfgren présente 178 cas d'érythème noueux, parmi lesquels il trouve 30 cas d'adénopathies médiastinales bilatérales avec cuti-réaction à la tuberculine négative ou faiblement positive. Vingt de ces cas ne relevaient ni de la tuberculose, ni d'une infection streptococcique. Neuf cas reconnaissaient une étiologie sarcoïdosique dont deux prouvés histologiquement par la biopsie préscalénique de Daniels.

En 1953, avec Lundback, Löfgren publie 113 cas d'association d'erythème noueux et adénopathies médiastinales. 53 de ces cas sont dus à la sarcoïdose, prouvés par la biopsie de Daniels.

TABLEAU I

La part de la sarcoïdose dans l'étiologie de l'association érythème noueux - adénopathies médiastinales bilatérales d'après Löfgren.

Année	Nb de cas d'association EN + adénopathies	Nb. de syndromes de Löfgren Sarcoïdosique	%	Nb. de cas prouvés par la biopsie
1946	30	9	30%	2
1953	113	53	47%	47

.../...

En recherchant systématiquement l'étiologie sarcoïdosique dans les cas d'association, Löfgren la retrouve dans 47% des cas en 1953, alors qu'en 1946, il n'a pu prouver la sarcoïdose que dans 30% de ces cas, ce que montre le Tableau I.

Avant Löfgren, d'autres auteurs avaient évoqué l'étilogie sarcoïdosique dans des cas d'association érythème noueux et adénopathies médiastinales bilatérales". Graveson, en 1942, en publiait 2 cas qu'il rattachait à la sarcoïdose. En 1943, Abramson en publiait 4 cas, avec fièvre et douleurs articulaires, pour lesquels il évoquait l'étiologie sarcoïdosique.

Skjold, en 1945, avait fait une étude comparative des associations "adénopathies médiastinales bilatérales et érythème noueux", d'une part, et "adénopathies médiastinales unilatérales avec érythème noueux", d'autre part. La deuxième association s'accompagnait en règle d'une intra-dermo-réaction à la tuberculine fortement positive, alors que la première s'accompagnait d'un test tuberculinique faiblement positif ou négatif. C'est dans ce deuxième aspect de l'association qu'il évoqua le diagnostic de maladie de Besnier-Boeck et Schaumann. C'est à Löfgren cependant que revint le mérite de prouver ce diagnostic dans un grand nombre de cas.

\+ \+

\+

Par contre, dès 1946, d'autres auteurs tentent de prouver la rareté de l'étiologie sarcoïdosique dans l'association "érythème noueux et adénopathies médiastinales bilatérales."

. . /. . .

Ardell, en 1946, sur 157 cas d'érythème noueux, trouve 23 cas d'association de l'érythème avec des adénopathies médiastinales bilatérales. Il ne rattacha que deux de ces cas à la sarcoïdose, les autres, pour lui, étant d'origine streptococcique car ils comportent tous une angine.

Uvstedt, quant à lui, pense que l'origine tuberculeuse est la plus fréquente.

Gernez-Rieux et collaborateurs, en 1954, posent le problème des adénopathies médiastinales bénignes, latentes et spontanément régressives, qualifiées par ailleurs d'adénopathies "cryptogénétiques spontanément régressives" de l'adulte jeune.

Brocard et Choffel, en 1957, sur deux cas d'association qu'ils publient, discutent les étiologies diverses à l'origine de cette association, car un de leurs cas était d'étiologie streptococcique. En 1961, les mêmes auteurs présentent un "syndrome de Löfgren" ornithosique.

\+ + +

Cependant, depuis Löfgren, de nombreux travaux tendent à prouver la prépondérance de l'étiologie sarcoïdosique dans le syndrome de Löfgren. A tel point, que les auteurs Tchécoslovaques, font une étude épidémiologique remarquable du syndrome de Löfgren dans leur pays (1960-1965).

.../...

Considérant le syndrome de Löfgren comme une forme initiale de la sarcoïdose, ce rappel historique nous permet d'évoquer rapidement les discussions sur l'étiologie de l'association "érythème noueux - adénopathies médiastinales" qu'a entraînées la publication première de Löfgren en 1946 et que l'on peut résumer en quelques propositions :

1) A côté de la sarcoïdose, de multiples étiologies peuvent être à l'origine de l'association érythème noueux et adénopathies :

- la tuberculose ;
- les treptococcies ;
- certains viroses ou affections apparentées, telles que l'ornithose et la maladie des griffes du chat ou lympho-réticulose bénigne d'inoculation.

Mais dans tous ces cas, l'âge des malades, le contexte clinique et épidémiologique, l'allure radiologique, et les tests biologiques permettent le plus souvent le diagnostic. Nous retrouverons ces différentes étiologies lors de l'étude du diagnostic différentiel du syndrome de Löfgren.

2) En fait, la plupart des auteurs tendent à rattacher le nom de syndrome de Löfgren à une forme de début de la sarcoïdose. On sait, en effet, que la sarcoïdose initiale se manifeste le plus souvent par des adénopathies hilaires bilatérales. On sait aussi qu'à ces adénopathies s'associe un érythème noueux, dans 10 à 25 % des cas. Le syndrome de Löfgren forme donc une entité qu'un bilan précis (examens biologiques, test de Kveim Siltzbach, biopsie de Daniels) permet de rattacher à sa cause, la sarcoïdose.

.../...

Si le mérite de Löfgren est d'avoir souligné la part de la sarcoïdose dans l'étiologie de l'association adénopathies médiastinales bilatérales et érythème noueux, il paraît logique de ne réserver le nom de syndrome de Löfgren qu'aux formes de l'association dont l'étiologie sarcoïdosique est prouvée.

CHAPITRE II

NOS OBSERVATIONS

Nos deux cas ont été adressés par leurs Médecins traitants au Centre Hospitalier et Universitaire d'Alger après découverte d'adénopathies médiatinales bilatérales chez des malades présentants un érythème noueux.

Ces deux observations illustrent parfaitement la difficulté du diagnostic des cas d'association érythème noueux et adénopathies médiastinales bilatérales, et leur discussion nosologique.

OBSERVATION I

Un faux "SYNDROME DE LOFGREN" d'étiologie tuberculeuse probable.

Mademoiselle Samia P..., âgée de 22 ans, étudiante en Médecine, est hospitalisée à la Clinique de Pneumo-Phtisiologie du Centre Hospitalier et Universitaire d'Alger en avril 1967, pour érythème noueux avec adénopathies médiastinales bilatérales.

Le début de la maladie remonte à environ 3 semaines : apparition sur la face antérieure de la jambe droite d'une éruption qui, peu à peu, s'est oedematiée et a pris une teinte rouge vif, puis s'est étendue à la jambe gauche. Un syndrome infectueux est apparu alors, avec fièvre irrégulière n'excédant pas 39°2, arthralgies au niveau des genoux et des coudes. On note également une toux discrète, peu productive.

La malade consulte son médecin : une radiographie du thorax révèle les opacités hilaires bilatérales et provoque l'hospitalisation.

. / ..

Dans les antécédents : On retrouve la possibilité d'un contage tuberculeux, la jeune fille ayant travaillé au Pavillon de garde de l'Hôpital Mustapha d'Alger. De plus, elle a séjourné au sein d'une famille dont la mère et deux des enfants seraient tuberculeux.

A son entrée dans le service, l'état général est peu altéré. Le syndrome infectueux persiste encore avec température peu élevée à 38°5 ainsi que la toux.

L'examen somatique ne révèle aucune autre atteinte en particulier cutanée ou viscérale. Il n'y a pas d'adénopathies superficielles.

Des examens complémentaires sont alors demandés. La formule sanguine et la numération globulaire du 3 avril 1967 montrent :

- Hématies .. .. 4.200.000 par ml.
- Leucocytes .... 5.500 avec 80% Polynucléaires Neutrophiles ; 3% d'eosinophiles ; 4% de grands lymphocytes ; 6% de petits lymphocytes ; 7% de monocytes.

- La vitesse de sédimentation des hématies du 1 avril 1967 est élevée : 37 mm à la première heure,
67 mm à la deuxième heure.

- L'intra-dermo-réaction à 10 unités de tuberculine est fortement positive à 27 mm. La malade a eu une cuti-réaction à la tuberculine positive à l'âge de 11 ans, et elle n'a pas été vaccinée au BCG.

../...

- Plusieurs bacilloscopies, pratiquées le 3, le 4, le 5 et le 25 avril, sont négatives à l'examen direct, ainsi que les cultures.

Les radiographies du thorax de face et de profil révèlent les adénopathies hilaires et para-trachéales droites denses, volumineuses, polycycliques, à contours réguliers. Il n'y a aucune lésion parenchymateuse, ni pleurale.

Devant un tel tableau associant érythème noueux et adénopathies médiastinales bilatérales, une intra-dermo-réaction à la tuberculine fortement positive chez une malade présentant déjà une cuti-réaction positive depuis 11 ans, le diagnostic de tuberculose ganglionnaire du médiastin associée à un érythème noueux est posé.

La malade est alors soumise à un antibiocortico-thérapie de la façon suivante :

- Isoniazide : 600 mg. par jour.
- Acide Para-amino-Salicylique : 12 grs. par jour.
- Streptomycine : 1 gr. par jour en injection intra-musculaire.
- Cortancyl : 30 mg. par jour pendant la première semaine, puis à doses dégressives de un comprimé par semaine.

Le traitement cortisonique a, au total, duré 6 semaines.

L'Isoniazide a été administré sans interruption pendant 1 an.

L'Acide Para-Amino-Salicylique a été administré pendant 1 mois.

.../...

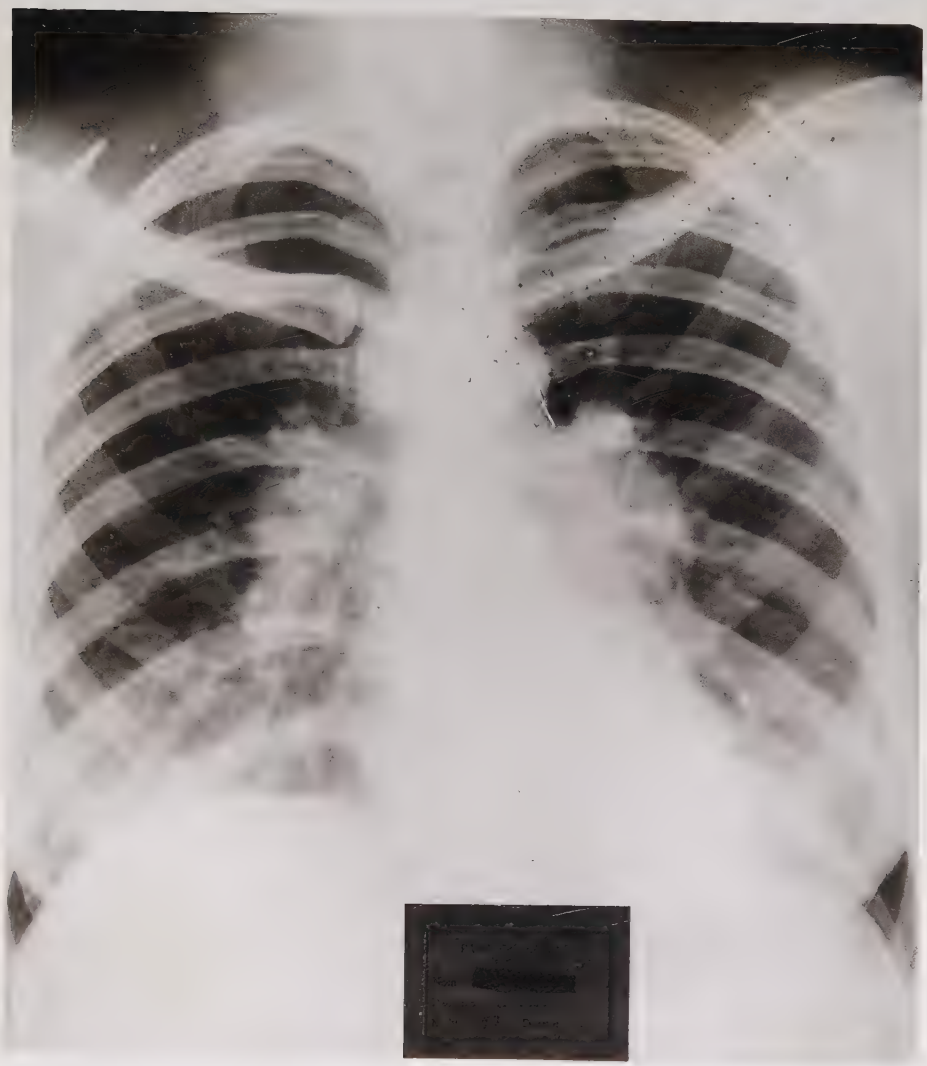
La streptomycine que la malade a reçue en traitement continu d'abord, à raison de 1 gramme par jour pendant 3 mois, a été administrée ensuite en traitement discontinu à raison de deux injections intra-musculaires par semaine pendant 3 mois.

La malade est sortie du service au bout d'un mois d'hospitalisation, avec une nette amélioration radiologique. Une radiographie du thorax faite en juin 1968, soit 14 mois après l'admission, montre la disparition complète des adénopathies médiastinales.

Un test de Kveim n'a pu être fait qu'en décembre 1968, soit 20 mois après l'hospitalisation de la malade, et il a été négatif.

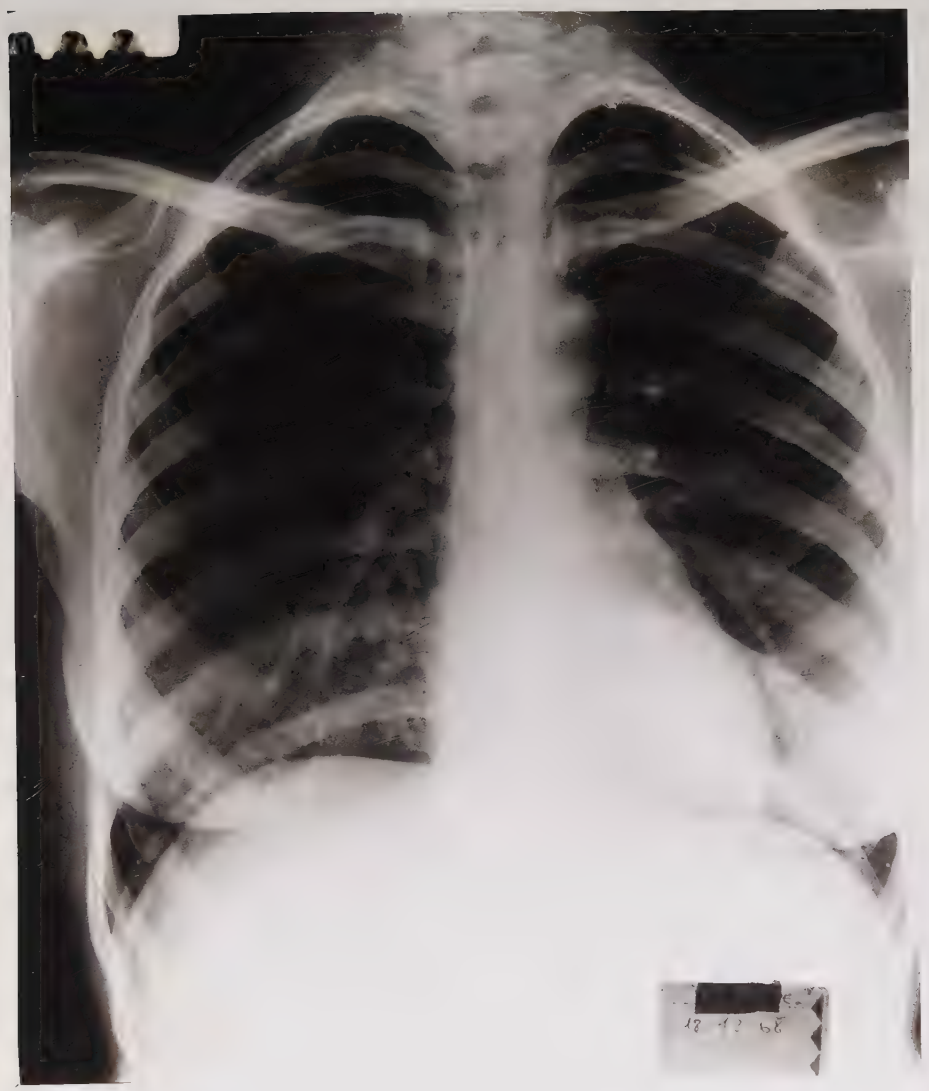
En conclusion, nous sommes donc devant un cas associant un érythème noueux et des adénopathies médiastinales bilatérales, avec intra-dermo-réaction à la tuberculine fortement positive, chez une jeune fille âgée de 22 ans. Il vient s'ajouter une notion d'une possible surinfection tuberculeuse récente. Rien n'a pu prouver la sarcoïdose : c'est un cas d'association érythème noueux et adénopathies médiastinales, d'origine probablement tuberculeuse, donc un "FAUX" syndrome de Löfgren.

O B S E R V A T I O N I



Bilan d'entrée :

- Adénopathies médiastinales bilatérales.



21 mois après l'admission :

- Disparition totale des adénopathies.

OBSERVATION II

UN VRAI "SYNDROME DE LOFGREN"

Madame Badra L..., âgée de 27 ans, mère de 2 enfants, originaire de Sidi-Bel-Abbès, où elle est employée de bureau, est hospitalisée à la Clinique de Pneumo-Phtisiologie le 3 septembre 1968, pour érythème noueux.

Le début de l'affection remonte à 2 mois : survenue d'un syndrome infectieux avec fièvre à 39°, accompagnée de douleurs articulaires intenses, tenaces, diffuses, mais sans fluxion articulaire.

Huit à dix jours après, apparaît une éruption au niveau de la partie antérieure des jambes, bilatérale et symétrique, faite d'éléments arrondis, rouge vif d'abord, puis passant par les teintes successives de la contusion : c'est un érythème noueux typique.

La malade est alors hospitalisée à Sidi-Bel-Abbès. La radiographie du thorax paraissant suspecte, la malade vient alors consulter à Alger.

A son entrée dans le service, l'état général est peu altéré. L'érythème noueux ne persiste que sous la forme de très discrètes taches bleuâtres au niveau des deux jambes, indolores et fermes.

L'examen somatique ne révèle aucune atteinte. Nous ne retrouvons pas de syndrome infectieux. Il n'existe pas non plus d'adénopathies superficielles.

.../...

Des examens complémentaires sont alors demandés :

- La formule sanguine et la numération globulaire faites le 4 septembre 1968 montrent :

. une anémie à 3.000.000 de globules rouges par ml.
. leucocytes : 6.000 avec 73% de Polynucléaires neutrophiles, 8% de grands lymphocytes, 11% de petits lymphocytes, 8% de monocytes.

- L'intra-dermo-réaction à la tuberculine est positive à 11 millimètres.

- Plusieurs bacilloscopies faites les 3,4,5,6 septembre 1968, sont toutes négatives, ainsi que les cultures consécutives.

La bronchoscopie faite le 6 septembre 1968 montre "un aspect inflammatoire de la muqueuse sur toute l'étendue de l'arbre trachéo-bronchique, avec saignement diffus au contact du bec du bronchoscope. Les orifices bronchiques sont normaux, ne montrant ni sténose, ni compression. Il n'existe pas de formation rappelant les nodules sarcoïdosiques".

Une aspiration bronchique faite à la recherche de bacille de Koch est négative.

Il n'a pas été pratiqué de biopsie de la muqueuse bronchique.

- Les radiographies thoraciques montrent des adénopathies médiastinales bilatérales, de siège hilaire et para-trachéal droit, volumineuses, symétriques, à contours réguliers. Il n'y a pas d'atteinte pulmonaire ni pleurale.

.../...

Devant un tel tableau associant érythème noueux et adénopathies médiastinales bilatérales, une intra-dermo-réaction à la tuberculine positive à 11 millimètres, chez une femme âgée de 27 ans, le diagnostic de tuberculose a été d'abord discuté.

Mais certains éléments du tableau clinique sont plus évocateurs de la sarcoïdose.

- l'érythème noueux de l'adulte est beaucoup plus fréquent dans la sarcoïdose que dans la tuberculose où il apparaît généralement chez les jeunes de moins de 20 ans.

- les adénopathies médiastinales, bilatérales et symétriques sans aucune autre atteinte pulmonaire, avec une intra-dermo-réaction à la tuberculine faiblement positive.

Mais, surtout, le test de Kveim est positif : le nodule réactionnel est biopsié selon la méthode de Siltzbach, et la biopsie vient confirmer le diagnostic de sarcoïdose. Elle montre "plusieurs formations folliculaires épithélio-gigantocellulaires type Koester au niveau de derme. L'une de ces formations présente une nécrose fibrinoïde. Cette image pourrait correspondre à un nodule sarcoïdosique" (Professeur A. YAKER).

Le traitement cortisonique est institué le 9 décembre 1968. Le Cortancyl est administré à raison de 50 mg par jour pendant 15 jours, puis 40 mg par jour pendant 15 autres jours.

Le 9 janvier 1969, une radiographie du thorax montre une bonne régression des adénopathies. Le Cortancyl est alors administré à la dose de 30 mg par jour pendant une période de 2 mois.

.../...

Le 3 février 1969, une autre radiographie thoracique montre une régression sub-totale des adénopathies. Le Cortancyl est prescrit alors à doses dégressives à raison de 5 mg de moins par semaine.

Il est à signaler qu'aucune chimiothérapie antituberculeuse n'a été administrée à notre malade.

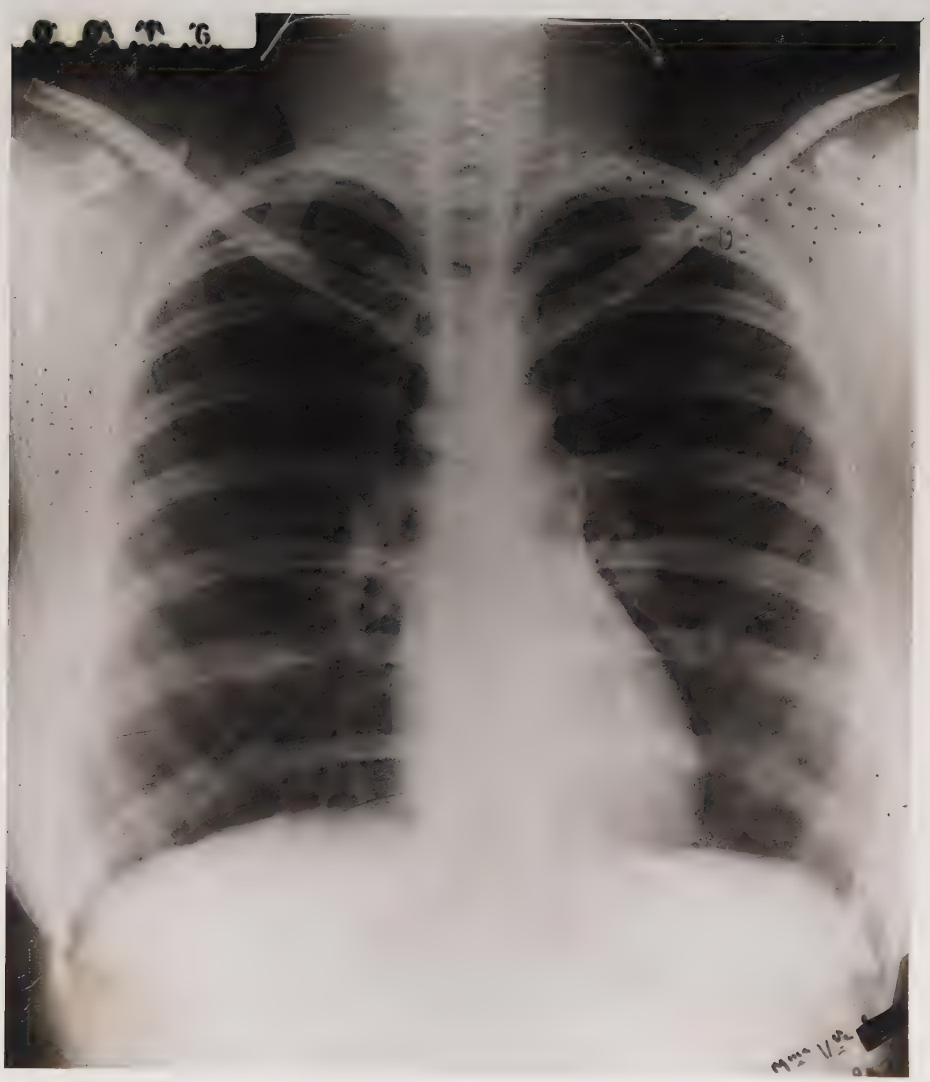
En conclusion, il s'agit d'un cas d'association érythème noueux et adénopathies médiastinales bilatérales chez une jeune femme âgée de 27 ans, présentant une intra-dermoréaction à la tuberculine faiblement positive. De plus, le test de Kveim est positif.

Il s'agit donc d'un syndrome de Löfgren sarcoïdosique, ou Vrai syndrome de Löfgren.

O B S E R V A T I O N I I

Bilan d'entrée : (coupe tomographique)

- Adénopathies médiastinales bilatérales.



Cinq mois après l'admission :

- Disparition sub-totale des adénopathies.

C H A P I T R E I I I

L E S Y N D R O M E D E L O F G R E N

FORME DE DEBUT DE LA SARCOIDOSE

LE SYNDROME DE LOFGREN SARCOIDOSIQUE

Au cours de ce chapitre, à propos de nos observations et d'une revue générale de la littérature médicale sur ce sujet, nous étudierons le syndrome de Löfgren comme forme de début de la sarcoïdose initiale en envisageant successivement :

1) Dans un paragraphe de généralités :
   - sa fréquence,
   - son épidémiologie,
   - les facteurs favorisants.

2) Dans une seconde partie, l'aspect clinique du syndrome de Löfgren.

3) Les problèmes de diagnostic positif et différentiel du syndrome de Löfgren, dans un troisième paragraphe.

A. GENERALITES

Nous avons cherché à préciser la fréquence :
de l'association "érythème noueux et adénopathies médiastinales bilatérales" :

+ par rapport à l'érythème noueux isolé ;
+ par rapport aux adénopathies médiastinales bilatérales ou unilatérales isolées;
+ du vrai syndrome de Löfgren parmi toutes les causes possibles d'association ;
+ du syndrome de Löfgren parmi toutes les autres formes de début de la sarcoïdose.

1°- Fréquence de l'association érythème noueux avec adénopathies médiastinales bilatérales par rapport à l'érythème noueux isolé. Cette fréquence est variable selon le mode de recrutement des malades.

James (Londres 1961), dans une consultation réservée aux malades atteints de sarcoïdose, trouve un pourcentage de 75%, alors que Löfgren et Lundback (Stockholm 1952) trouvent 29 % de cas et Lebacq (Louvain 1965) 25 % de cas.

Par contre, Ardell (Lille 1946) ne trouve que 23 cas d'association sur 157 cas d'érythème noueux, soit 14,6%.

.../...

TABLEAU N° 2

Fréquence du Syndrome de Löfgren par rapport à l'érythème noueux.

Auteur et Année	Région	Erythème Noueux	Syndrome de Löfgren	Syndrome de Löfgren %
Ardell 1946	Lille	157	23	14,6 %
Löfgren et Lundback 1952	Stockholm	178	53	29 %
James 1961	Londres	170	124	75 %
Lebacq 1965	Louvain	100	23	23 %
Total		605	223	36,9 %

.../...

2°- Fréquence du syndrome de Löfgren par rapport aux adénopathies médiastinales bilatérales ou unilatérales isolées.

Cette fréquence varie de 16% (Sach, Tchécoslovaquie) à 31 % (Lebacq, Belgique). Löfgren et Lundback en trouvent 25 % en Suède, et Scadding 30 % en Grande Bretagne.

TABLEAU N° 3

Fréquence du syndrome de Löfgren par rapport aux adénopathies médiastinales.

Auteurs	Pays	Adénopathies Médiastinales	Syndrome de Löfgren	%
Löfgren et Lundback	Suède	212	53	25%
Altmann	Tchécos-lovaquie	69	16	23%
Sach	Tchécos-lovaquie	44	7	16%
Lebacq	Belgique	74	23	31%
Scadding	Angleterre	96	33	30%
Total		495	132	26,6%

.../...

3°- Fréquence du syndrome de Löfgren parmi toutes les causes possibles d'association érythème noueux avec adénopathies médiastinales bilatérales.

Pour Lebacq, le "Bilatéral Hilar Lymphoma Syndrome" accompagné d'érythème noueux est d'origine sarcoïdosique la plupart du temps. "Il peut être ardu d'en prouver l'origine, mais si on multiplie les biopsies, on trouvera de plus en plus fréquemment la sarcoïdose".

En 1963, ce même auteur trouve 21 syndromes de Löfgren sur 25 cas d'association.

Löfgren, en 1953, prouve que 47% de ses cas d'association sont dus à la sarcoïdose, alors que, en 1946, il ne pouvait prouver l'origine sarcoïdosique que dans 30 % des cas.

TABLEAU N° 4

Fréquence de l'étiologie sarcoïdosique parmi toutes les autres causes d'association.

Auteurs Années	Pays	Association	Syndrome de Löfgren	%
Löfgren 1946	Suède	30	9	30%
Löfgren et Lundback 1952	Suède	113	53	47%
Lebacq 1965	Belgique	25	21	84%
Total		168	83	49%

.../...

4°- Fréquence du syndrome de Löfgren parmi les formes de sarcoïdoses initiales.

Cette fréquence est assez élevée. Smellie et Hoyle (1960) retrouvent le syndrome de Löfgren dans 11% des cas des formes de début de la sarcoïdose, Löfgren et Stavenov (1961) dans 25% de leurs cas.

TABLEAU N° 5

Fréquence du syndrome de Löfgren parmi les formes de sarcoïdoses initiales.

Auteurs	Pays	Nb. syndrome de Löfgren	Nb. de cas de Sarcoïdose	% de syndrome de Löfgren
Löfgren Stavenov	Suède 1961	33	132	25
Smellie Hoyle	Angleterre 1960	13	125	11
Lebacq	Belgique	23	100	23
Scadding	Angleterre 1967	39	275	14
Total		108	632	17

.../...

5°- Epidémiologie :

Manifestation initiale de la sarcoïdose, la répartition du syndrome de Löfgren est inégale selon les pays.

Les enquêtes épidémiologiques par radio-photographies ont montré la fréquence de la sarcoïdose dans certains pays, en particulier les pays scandinaves.

En Suède, les taux de fréquence de la sarcoïdose sont les plus élevés, atteingnant 60 cas annuels pour 100.000 habitants. Pour les autres pays, la fréquence est moins élevée:

- Norvège : 26 cas pour 100.000 habitants.

- Allemagne, Angleterre, Suisse, Pologne : 15 à 20 cas pour 100.000 habitants.

- Pour les pays méditerranéens, les taux de fréquence de la sarcoïdose varient de 0,2 (Portugal) à 10 cas pour 100.000 habitants.

En fait, la différence réside dans les méthodes de recherche de la maladie.

- La fréquence de la sarcoïdose augmente quand les mesures de dépistage sont étendues, et les méthodes de diagnostic mieux connues. C'est le cas des pays scandinaves et de certains pays européens où la recherche systématique de la sarcoïdose est réalisée depuis une vingtaine d'années, et où, par ailleurs, la tuberculose est rare.

Dans les pays méditerranéens, par contre, la tuberculose est encore fréquente. La recherche de la sarcoïdose a longtemps été négligée en raison des nécessités de la lutte anti-tuberculeuse.

.../...

Cependant, ça et là, des cas isolés étaient publiés.

Ainsi, au Maghreb, la sarcoïdose était peu signalée : un cas existant dans les archives de la Clinique de Pneumo-Phtisiologie du Centre Hospitalier et Universitaire d'Alger, un autre présenté en 1958 par Larbaoui.

Depuis 2 ans, l'attention des médecins ayant été attirée vers l'existence de la sarcoïdose en Algérie, des cas plus nombreux ont été rapportés.

En 1967, LAZIB, CHAULET et BOUHADEF rapportent un cas de sarcoïdose ganglionnaire et viscérale. Les ganglions cervicaux du malade ont permis la préparation de l'antigène de Kveim, qui a servi au diagnostic de la plupart des cas de sarcoïdose publiés par la suite à Alger.

En 1968, COUCKE et STOYANOV publient deux cas de sarcoïdose endo-thoracique.

En 1968, puis en juin 1969, ANDRE et coll.publient sept cas de maladie de Besnier-Boeck-Schaumann dont six survenues chez des Algériens.

Enfin, en 1970, LARBAOUI, CHAULET et coll.. rapportent à la Société Algérienne de Pneumo-Phtisiologie huit cas de sarcoïdose dont le syndrome de Löfgren qui fait le sujet de la thèse présente.

Ainsi donc, sur dix-huit cas de sarcoïdose publiés en Algérie, seize ont été découverts au cours des deux dernières années.

.../...

En raison de la rareté relative de la sarcoïdose, il n'est pas étonnant que le syndrome de Löfgren sarcoïdosique n'ait pas été observé.

Pourtant ce syndrome de Löfgren peut servir de précieux indicateur épidémiologique dans une collectivité, permettant en outre de découvrir la sarcoïdose à un stade où elle est d'une bénignité quasi absolue.

C'est ainsi qu'en Tchécoslovaquie une remarquable enquête épidémiologique sur la fréquence du syndrome de Löfgren a été entreprise au cours des années 1961-1965 et rapportée par LEVINSKY, VOTAVA et SCHWANK lors de la quatrième conférence internationale sur la sarcoïdose.

L'enquête a été réalisée dans les services de tuberculose des hôpitaux et sanatoriums, dans les services de Médecine des hôpitaux et dans les services de Dermatologie. Un questionnaire leur a été adressé, définissant le syndrome de Löfgren comme "l'association d'adénopathies médiastinales bilatérales avec érythème noueux", définition ne tenant pas compte de la réponse aux tests tuberculiniques.

Sur 118 districts touchés par cette enquête, 12 n'ont pas répondu et 43 ont envoyé des réponses négatives. 232 cas de syndrome de Löfgren ont été découverts dans 63 districts. 135 de ces cas, donc plus de 50% du total, ont été dépistés dans les services de tuberculose, 60 cas dans les services de Médecine, et 37 dans ceux de Dermatologie.

Les tests à la tuberculine ont été effectués chez 100 malades seulement et ont donné 74 réponses négatives et 26 réponses positives.

.../...

Ainsi, d'après les résultats de cette enquête, le taux d'incidence du syndrome de Löfgren calculé sur 5 années est de 1,62 cas pour 100.000 habitants en Tchécoslovaquie.

Pour nous, un seul cas de syndrome de Löfgren a été dépisté sur les 18 cas de sarcoïdose découverts jusqu'à cette année.

Il serait souhaitable, en vue de recherches ultérieures, que tout médecin, tout phtisiologue, ou tout dermatologiste, devant un érythème noueux à Intra-Dermo-Réaction à la tuberculine négative, demande une radiographie pulmonaire ; cette pratique permettrait d'évaluer l'incidence exacte du Syndrome de Löfgren en Algérie.

6°- Facteurs favorisants :

L'âge d'apparition du syndrome de Löfgren se situe entre 25 et 40 ans. Il est rare au-dessus de 40 ans et exceptionnel au-dessous de 20 ans. Son maximum de fréquence se situe entre 25 et 30 ans. Ce qui l'oppose donc à l'érythème noueux de la primo-infection tuberculeuse qui apparaît surtout avant l'âge de 20 ans.

Les femmes en sont beaucoup plus souvent atteintes que les hommes. Dans la statistique de Lebacq (1965), 72% des malades atteints de syndrome de Löfgren sont des femmes. BOLECEK, en Tchécoslovaquie (1965) a présenté 15 cas de syndrome de Löfgren, tous survenus chez des femmes.

L'influence de la grossesse et de la lactation est indiscutable. La forme aiguë du syndrome est favorisée par les premiers mois de la grossesse selon Löfgren (1953) et James (1961). La grossesse survenant chez une femme déjà atteinte améliore la maladie, ceci pouvant s'expliquer par l'augmentation des sécrétions hormonales lors de la grossesse.

Par contre, le syndrome de Löfgren débute souvent pendant le post-partum et surtout à la fin de la lactation, au moment où la sécrétion hormonale est basse.

Au total, nous avons vu la relative fréquence du syndrome de Löfgren dans les pays scandinaves, et sa fréquence comme forme de début de la sarcoïdose. Mais il faut souligner que certains facteurs tels que le sexe, la grossesse et la lactation favorisent l'apparition de ce syndrome et peuvent en faciliter le diagnostic.

B. LA CLINIQUE

1°- Circonstances de découverte

Elles sont variables :

- Tantôt le malade vient consulter spontanément pour un syndrome infectieux avec fièvre, arthralgies, angines ;

- Tantôt l'adénopathie se révèle au cours d'examens radiologiques systématiques (prénuptiaux, de grossesse, ou visite médicale périodique) ;

- Tantôt c'est l'érythème noueux qui conduit le malade en dermatologie.

2°- L'Erythème noueux et son cortège infectieux.

L'érythème noueux domine le tableau clinique : les nouures apparaissent rapidement : leur siège dermo-hypodermique, leur aspect inflammatoire, leur topographie élective, grossièrement symétrique, permettent de les reconnaître aisément avant même d'observer leur évolution très particulière.

Les éléments de coloration rose vif, puis rouge, et dont la taille varie d'un centimètre à quatre centimères de diamètre, sont surélevés, lisses, ovalaires, à limites peu précises ; leur consistance est ferme. Légèrement dépressibles, ils sont très douloureux à la pression ; la chaleur locale est augmentée. Peu mobiles sur les plans profonds, ces éléments sont enchassés dans le derme et l'hypoderme. Leur répartition est de même très particulière : ils apparaissent aux membres inférieurs et avec prédilection à la face antérieure de la jambe, à la région sus-malléolaire

.../.

et au-dessous de genou. L'éruption n'est observée sur les membres supérieurs que dans un tiers des cas : elle intéresse alors électivement la face postérieure de l'avant-bras et du bras.

Le nombre des éléments est variable, trois à quatre en moyenne, mais pouvant atteindre plusieurs dizaines ; quelques-unes peuvent parfois confluer en placards.

L'évolution de l'érythème noueux est très particulière: les nouures disparaissent en général en trois semaines en passant par toutes les teintes de l'ecchymose sans jamais s'abcéder ni s'ulcérer.

Accompagnant l'érythème noueux, un syndrome infectieux existe fréquemment :

- la température est élevée, atteignant 39°, persistant 1 à 3 semaines.

- des polyarthralgies, plus ou moins violentes, atteignant électivement les deux genoux et parfois les chevilles. Les arthrites sont beaucoup plus rares, avec tuméfaction articulaire et impotence fonctionnelle.

- Une angine érythemateuse est souvent rencontrée, plus ou moins douloureuse.

- Plus rarement, on peut retrouver une éruption du tronc et de la base du thorax ; ou encore une iridocyclite ou une conjonctivite.

.../...

3°- Les adénopathies médiastinales.

Les radiographies du thorax, de face et de profil, les tomographies, révèlent les adénopathies hilaires bilatérales : classiquement volumineuses, relativement symétriques, à contours nets, polylobées, touchant dans un tiers des cas le groupe ganglionnaire latéro-trachéal droit. Les ganglions sont allongés en hauteur à droite, arrondis à gauche, sans aucun trouble de la ventilation. C'est le "Bilatéral hilar lymphoma syndrome" décrit par Löfgren et Lundback.

Les adénopathies sont parfois modérées, difficiles à distinguer de l'image vasculaire normale. Seules de bonnes tomographies peuvent les préciser.

Ces adénopathies respectent toujours la lumière bronchique. La netteté de leurs contours, l'existence d'une bordure claire entre ces ganglions et l'ombre cardiaque permettent souvent de les différencier des autres adénopathies médiatinales, en particulier des adénopathies de la maladie de Hodgkin, qui sont plus rarement bilatérales au début, mais qui, lorsqu'elles sont bilatérales, sont toujours asymétriques et irrégulières.

C. LE DIAGNOSTIC.

1°- Le diagnostic positif.

Devant un érythème noueux associé à des adénopathies médiastinales bilatérales survenant chez une jeune femme âgée de 20 ans à 40 ans, le diagnostic de syndrome de Löfgren doit être évoqué, que certains arguments viendront confirmer.

.../...

a) Les arguments d'orientation ou de présomption.

. Les tests tuberculiniques sont le plus souvent négatifs.

Auteurs	Pays - Année	Nb. de cas testés	% de négatifs à la tuberculine
Löfgren et Lundback	Suède 1952	212	82%
Turiaf et Brun	France 1955	41	85%
James	Angleterre 1956	150	66%
Levinski, Votava, Schwank	Tchécoslovaquie 1965	100	74%
Lebacq	Belgique 1965	100	86%
Scadding	Angleterre 1967	38	75%

Mais nous voyons dans le tableau précédent que cette donnée est inconstante : Löfgren trouve 18% de ces cas sensibles à la tuberculine en 1952, Brocard 30%, Turiaf 15%. Scadding, quant à lui, trouve 25% de cas tuberculino-positifs.

- La bacilloscopie et la culture sur milieu de Loewenstein à la recherche du bacille de Koch sont négatives.

- La formule sanguine et la numération globulaire ne montrent ni anémie, ni leucocytose. On retrouve souvent une éosinophilie sanguine.

- La vitesse de sédimentation des hématies est normale, ainsi que l'examen de la moelle osseuse.

.../...

. L'électrophorèse des protéïnes montre une hypergammaglobulinémie α et β qui traduit l'hyper-immunité du sujet. Lorsque le taux des gammaglobulines tombe, le pronostic devient rapidement favorable d'après Lebacq (1965). Les immunoglobulines A.et M. sont augmentées d'après Norberg (1965).

. Le calcium sanguin est souvent augmenté aux environ de 120 mg par litre. Des taux plus élevés sont parfois retrouvés.

- La calciurie est plus fréquemment élevée que la calcémie au-dessus de 200 mg par 24 heures. L'hypercalcémie ne survient pas en l'absence de calciurie.

- La phosphorémie et la phosphaturie sont normales.

. Le test à la métopirone met en évidence une hyper-excitabilité neuro-hypophysaire, qui pour BRUN et coll., serait quasi constante au cours de la sarcoïdose.

La sécrétion du cortisol surrenalien est sous le contrôle diencéphalo-hypophysaire. La métopirone agit en inhibant la sécrétion surrenalienne du cortisol. Par un effet "Feed-Back", la baisse du cortisol provoque une augmentation de la sécrétion d'ACTH par l'antéhypophyse. L'ACTH va elle-même entraîner une augmentation des précurseurs du cortisol et dont les métabolites sont retrouvés dans les urines.

.../...

Donc l'ingestion en 24 heures de 3 fois deux comprimés de métopirone augmente considérablement l'élimination urinaire des 17 hydroxycorticostéroïdes (17 OH). Dans les sarcoïdoses ganglionnaires et ganglio-pulmonaires, cette épreuve donne des taux supérieurs à 30 mg par 24 heures, alors que ce taux n'est jamais atteint chez le sujet normal.

BRUN et coll. estiment que ce test se montre positif dans 80% des formes récentes de la sarcoïdose. Il représenterait donc un élément d'orientation important pour le diagnostic positif de la sarcoïdose.

b) Les arguments de certitude

Les renseignements les plus précieux et qui permettent le diagnostic de sarcoïdose sont fournis par l'histologie :

- soit après biopsie d'une formation sarcoïdosique préexistante ;

- soit par le test de Kveim, sensibilisé par la méthode de Siltzback qui consiste à biopsier le nodule sarcoïdosique provoqué.

1) La recherche d'un élément sarcoïdosique peut se faire à différents niveaux :

. La biopsie préscalénique de Daniels, actuellement la plus utilisée, est considérée comme la méthode la meilleure pour le diagnostic histologique du syndrome de Löfgren. Elle consiste en un prélèvement de la nappe cellulo-lymphatique comprise entre le muscle sterno-cleïdo-mastoïdien et le scalène antérieur Cartensen, sur 421 biopsies pratiquées, a obtenu 202

.../...

réponses histologiques positives. Lebacq, sur 27 biopsies, a obtenu 23 fois une réponse positive.

. La biopsie de la muqueuse bronchique est souvent utilisée aussi et donne également de bons résultats, moins fréquemment cependant à ce stade, que la ponction ganglionnaire transbronchique, d'après Schiessle. Cet auteur obtient 40% seulement de réponses histologiques positives.

Par contre, Bariety et Poulet, sur 32 biopsies de la muqueuse bronchique, obtiennent 24 réponses positives, soit 75% du total. Turiaf, sur 156 biopsies bronchiques, trouve 102 fois le follicule sarcoïdien.

. La ponction biopsie d'un fragment d'adénopathie médiastinale sous médiastinoscopie selon la méthode de Carlens donne d'excellents résultats. Mais cette méthode n'est praticable que si le ganglion est accessible à la médiastinoscopie. Schiessle obtient des réponses histologiques positives dans 62% des cas; Turiaf ainsi que Bariety et Poulet dans 75% des cas.

. La ponction biopsie du foie, utilisée par quelques auteurs permet de trouver des nodules épithélioïdes presque exclusivement dans le syndrome de Löfgren, alors qu'elle ne confirme que dans 3 cas sur 32 la tuberculose pour Lebacq. Pour Mathers, sur 11 cas de syndrome de Löfgren, 10 ont été confirmés par biopsie hépatique. Sur 4 cas de tuberculose, 1 seul cas fût confirmé, et sur 5 cas de streptococcie, aucune biopsie ne fut positive.

.../...

En pratique, et en nous inspirant de la hiérarchie des examens proposée par Mme BASSET-LACRONIQUE, il est possible d'établir la liste des examens à mettre en oeuvre pour avoir un diagnostic de certitude du syndrome de Löfgren :

- Test de Kveim ;
- s'il est impossible en en attendant sa réponse :
  . biopsie de la muqueuse bronchique.
- si cette biopsie est négative, dans l'ordre :
  1. biopsie de Daniels,
  2. biopsie hépatique,
  3. médiastinoscopie.

Résultats :

L'étude histologique de ces pièces montre le nodule épithélioïde qui est formé :

1°- d'un amas central constitué par :

- les cellules épithélioïdes à grande taille, à limites peu nettes, fusiformes ou polyédriques. Elles sont acidophiles avec un noyau clair mais bien visible;

- les cellules géantes qui ont les mêmes caractéristiques tinctoriales que les cellules épithélioïdes, polynuclées avec des noyaux placés en périphérie de la cellule. Dans le protoplasme, il existe des vacuoles avec des ébauches d'inclusion en leur milieu. Ce sont deux corps différents :

.../...

. les corps astéroïdes,

. les corps de Schaumann, stratifiés, composés de lamelles concentriques rappelant les noyaux à la périphérie.

2°- En périphérie existent des couches de fibroblastes et des couronnes de lymphocytes peu importantes. Parfois, on rencontre quelques plasmocytes.

3°- La nécrose fibrinoïde débute au centre du granulome épithélioïde par une dégénérescence éosinophile du cytoplasme et un rétrécissement concentrique du noyau sans désintégration, sans coagulation, à l'opposé de la caséification tuberculeuse. La transformation hyaline se fait par secteur, les cellules géantes restant intactes longtemps.

2) Le test de Kveim est le deuxième test spécifique dont la positivité permet un diagnostic de certitude. Il consiste en une injection inter-dermique de 1/10 ème de ml d'un broyat de tissu sarcoïdosique à la face antérieure de l'avant-bras. La positivité se traduit par l'apparition, au point d'injection, d'un petit nodule dur, au bout de 4 à 6 semaines. Cette méthode est sensibilisée par la technique proposée par Siltzbach : si une biopsie est pratiquée sur ce nodule, l'étude anatomo-pathologique peut mettre en évidence des formations ou nodules épithélioïdes.

Dans notre expérience, le test de Kveim a été pratiqué grâce à un broyat de ganglion sarcoïdosique réalisé à Alger en 1968.

.../...

1°- Technique de fabrication de l'extrait de Kveim.

La technique de fabrication a été celle décrite par Danbolt (1951). Le tissu est conservé au deep Freeze dans la solution physiologique stérile. Puis il est réchauffé et réduit en morceaux de gros calibre, qui sont lavés à la solution physiologique.

Ces morceaux sont broyés méthodiquement dans 10 fois leur volume de la même solution saline. Le tout est filtré. Le liquide obtenu est opaque et laiteux, on recueille environ 5 à 10 ml pour un ganglion de calibre moyen.

Des contrôles bactériologiques sont effectués avec l'extrait dès que le broyage est terminé, avant toute inactivation par la chaleur : ils doivent tous être négatifs.

Le produit est alors chauffé à 60°, pendant 2 heures, deux jours d'affilée. Pour la conservation, on y ajoute du phénol en solution à 0,5%.

L'extrait est placé à la glacière, dans l'espoir de le conserver très actif, bien que cette précaution soit peut-être inutile. Putkonen (1943), Siltzbach et Ehrlich (1954), Rogers et Haserich (1954) ont constaté que la conservation au froid permettait de maintenir très longtemps l'activité de l'extrait (18 mois minimum).

.../...

2°- Technique d'application.

L'extrait est inoculé dans le derme de l'avant-bras. Si l'on n'est pas sûr que l'injection est bien intra-dermique, il vaut mieux la recommencer ailleurs. La quantité injecté est de 0,1 à 0,2 ml. Les malades sont revus après 3 semaines, puis après 6 semaines. S'il n'y a absolument rien de palpable dans le derme, le test est considéré comme négatif, et la biopsie n'est pas pratiquée. Le nodule, dès qu'il existe, et même s'il est réduit à la taille d'une tête d'épingle, est biopsié. La biopsie s'effectue au bistouri. Une anesthésie locale est pratiquée autour du nodule à biopsier et au-dessous de lui, dans l'hypoderme, avec une solution de procaïne à 1%. On prélève au bistouri un bloc épais allant jusqu'à la graisse sous-cutanée. Ce bloc est détaché de sa base aux ciseaux. Un pansement est appliqué et reste en place pendant deux semaines ou plus, suivant le temps pris pour la cicatrisation.

A l'endroit du test, il persiste une cicatrice indélébile qui souvent est légèrement plus foncée que la peau avoisinante. L'endroit de la biopsie peut mettre quelque temps à se cicatriser.

En général, la cicatrisation est faite en 8 jours. Mais certaines biopsies laissent une plaie qui ne se cicatrise qu'en un ou deux mois. Il semble que les précautions d'asepsie et l'absence de tissu sarcoïdosique résiduel favorisent la cicatrisation rapide.

En conclusion, le test de Kveim apporte, avec les diverses biopsies, la confirmation du diagnostic de sarcoïdose.

.../...

James, en Grande-Bretagne, a obtenu 94 réponses positives sur 107 malades testés. Pour Lebacq, ce test est surtout positif dans le syndrome de Löfgren, car il y a un érythème noueux.

La négativité du test de Kveim n'élimine pas la sarcoïdose, puisque le test a été trouvé négatif dans 23% des cas histologiques confirmés par Lebacq.

.../...

2°- Le diagnostic différentiel

a. Devant un érythème noueux de l'adulte

Avant la découverte des adénopathies médiastinales, nombre d'étiologies peuvent être évoquées. Depuis une vingtaine d'années, de nombreux auteurs ont insisté sur le polymorphisme des affections responsables de l'érythème noueux de l'adulte.

- La tuberculose.

Chez l'adulte, si la tuberculose demeure une cause importante qu'il faut toujours rechercher, elle a vu sa place se réduire au profit d'autres affections. Ches l'enfant par contre, l'érythème noueux tuberculeux garde toujours une place prépondérante.

Généralement, l'érythème noueux apparaît au cours de la primo-infection tuberculeuse. Il est exceptionnel en dehors de la tuberculose primaire. On distingue classiquement :

. l'érythème noueux post-primaire qui surviendrait à l'occasion d'infections intercurrentes anergisantes,

. l'érythème noueux au cours des tuberculoses viscérales évolutives qui peut revétir deux formes exceptionnelles : les adénopathies médiastinales bacillaires tardives et les tuberculoses viscérales d'évolution aiguë.

.../...

La grande fréquence relative de l'érythème noueux au cours de la primo-infection explique la fréquence de cet érythème noueux au-dessous de l'âge de vingt ans.

Le diagnostic différentiel est parfois difficile, car la notion de contage n'est pas toujours retrouvée dans les antécédents des malades.

Si les tests tuberculiniques ne sont pas franchement positifs dans la primo-infection tuberculeuse, il faudra alors les répéter, en utilisant une tuberculine fraîche, injectée convenablement par voie intra-dermique.

- Les infections à streptocoques.

Elles se rencontrent assez souvent chez l'adulte. Mais leur allure clinique, l'aspect de l'érythème noueux lui-même et ses fréquentes récidives, les tests biologiques, permettent d'en faire le diagnostic.

- Autres étiologies.

Leur fréquence varie de 1 à 11% selon les auteurs qui ont tous signalé leur extrême diversité.

. Les infections : la maladie de Nicolas Favre et la lymphoréticulose bénigne d'inoculation, qui toutes deux peuvent s'accompagner d'adénopathies, posent parfois des problèmes diagnostiques épineux.

.../...

Les infections pulmonaires ou broncho-pulmonaires sont assez fréquentes. Brocard (1957) publie un cas d'ornithose associant érythème noueux et adénopathies médiastinales bilatérales.

Des pneumonies atypiques d'étiologie indéterminées et qui comportaient un érythème noueux ont été rapportées par James (1961) et Löfgren (1946).

Les bronchopathies chroniques peuvent aussi s'accompagner d'érythème noueux dont il faudra alors rechercher l'origine dans les surinfections streptococciques.

D'autres infections comportent un érythème noueux, telles que l'abcès dentaire et exceptionnellement certaines affections générales : la fièvre typhoïde, les mélitococcies, la méningite cérébro-spinale, la rougeole, la gonococcie.

. Les causes médicamenteuses : La sulfamidothérapie, surtout le sulfathiazol, a été souvent impliquée dans l'apparition de l'érythème noueux. La fréquence de cette étiologie est faible.

L'érythème noueux apparaît précocement, entre le 2è et le 4me jour du traitement. Son évolution est très écourtée. Löfgren (1945) a prouvé que la sulfamidothérapie, administrée au cours d'infections streptococciques ou tuberculeuses, n'est qu'une cause adjuvante dans l'apparition de cet érythème noueux.

.../...

. Les causes parasitaires : Les trichophyties allergisantes, les helminthiases, le paludisme, la trypanosomiase sont des causes rares d'apparition de l'érythème noueux.

. La recto-colite hémorragique : Elle s'accompagne parfois d'érythème noueux.

. Les causes indéterminées : 20% des érythèmes noueux de l'adulte sont cependant d'étiologie inconnue.

La fréquence de la tuberculose et de la sarcoïdose dans l'étiologie de l'érythème noueux, fait apparaître l'importance de la radiographie systématique devant tout érythème noueux.

b. Devant un cas d'association d'érythème noueux et adénopathies médiastinales bilatérales, deux affections peuvent être discutées :

. La tuberculose. Beaucoup plus fréquente en dessous de 20 ans, elle atteint les deux sexes dans le même pourcentage, alors que la sarcoïdose se rencontre surtout chez les jeunes femmes âgées de 20 à 40 ans.

Les adénopathies dans la tuberculose sont unilatérales, rarement bilatérales, à localisation sous-hilaire de préférence. Enfin, l'intra-dermo-réaction à la tuberculine est souvent fortement positive, à l'opposé du syndrome de Löfgren sarcoïdosique où les tests tuberculiniques sont négatifs ou faiblement positifs.

.../...

. Les infections streptococciques.

L'érythème noueux de ces affections a une répartition géographique particulière, plus fréquent dans les pays anglo-saxons et les pays scandinaves que dans les pays méditerranéens. Il survient surtout dans la deuxième enfance et l'adolescence.

Sur le plan clinique, les éléments cutanés de cet érythème sont plus étendus, plus volumineux et plus inflammatoires que dans les autres affections. Mais cette donnée est inconstante.

La découverte d'une angine ou d'une infection des voies aériennes supérieures, une à trois semaines avant l'apparition de l'érythème noueux, la notion de récidive dans les antécédents ont une grande valeur d'orientation.

Enfin, les tests biologiques tels que le taux d'antistréptolysines élevé, une hyperleucocytose avec polynucléose permettent d'en faire le diagnostic.

En cas de doute, il ne faut pas hésiter à faire des prélèvements histologiques ou à pratiquer un test de Kveim avant tout traitement d'épeuve.

.../...

P R O N O S T I C

L'évolution spontanée du syndrome de Löfgren est favorable. Ce syndrome est de très bon pronostic.

L'érythème noueux disparaît spontanément en 2 à 4 semaines. Les adénopathies médiastinales sont plus longues à disparaître, mais se résorbent au maximum au bout de 2 ans.

Les formes graves sont exceptionnelles. Lebacq (1965) signale un seul cas de syndrome de Löfgren décédé de localisation cardiaque après un an d'évolution. Scadding (1967), sur 33 cas de sarcoïdose atteints d'érythème noueux, obtient la guérison totale dans 20 cas qui n'avaient pas d'atteintes du parenchyme pulmonaire. Sur les 13 autres cas, qui tous présentaient des lésions pulmonaires, un seul n'avait pas guéri au bout de 5 ans. D'après ces auteurs, l'érythème noueux confère une bégninité certaine à la sarcoïdose.

Sous corticothérapie, l'évolution est encore plus favorable, accélérant la guérison radiologique des adénopathies.

.../...

CHAPITRE IV

CONCLUSIONS PRATIQUES

Notre étude du syndrome de Löfgren appelle quelques remarques pratiques qui constitueront notre conclusion.

1°) Remarques nosologiques :

On reconnaît à l'érythème noueux de nombreuses étiologies. Connue de longue date, l'étiologie tuberculeuse était la plus recherchée. Löfgren, en 1946, en décrivant l'association érythème noueux et adénopathies médiastinales bilatérales, souligna la fréquence d'une étiologie nouvelle, la sarcoïdose.

Actuellement, le nom de syndrome de Löfgren désigne cette association, qui est généralement considérée comme une des formes de début de la sarcoïdose. Cette conception n'exclut pas le rôle d'autres affections telles que les streptococcies, l'ornithose, les viroses dans l'étiologie de l'association adénopathies médiastinales bilatérales avec érythème noueux.

2°) Remarques épidémiologiques :

La sarcoïdose existe en Algérie. Elle est certainement masquée par la prévalence de la tuberculose dans le pays et par les mauvaises habitudes de certains médecins, qui ont tendance à qualifier de "tuberculeuse" toute adénopathie médiastinale, sans avoir pris la précaution de pratiquer un test à la tuberculine.

Il n'est pas étonnant donc que la fréquence de la sarcoïdose paraisse faible dans notre pays.

.../...

Cette fréquence augmentera quand les mesures de dépistage et les méthodes de diagnostic seront mieux connues.

Ainsi, au cours de ces trois dernières années, 16 cas de sarcoïdose ont été découverts en Algérie, notamment dans les services de Médecine et de Pneumophtisiologie.

Le syndrome de Löfgren, manifestation initiale de la sarcoïdose existe donc aussi dans notre pays, ce que prouve une de nos observations.

La simple information des milieux médicaux permettra, sans aucun doute, d'en déceler d'autres cas, sans aller jusqu'aux mesures proposées par certains auteurs, demandant que la déclaration de la sarcoïdose soit rendue obligatoire et que des études épidémiologiques précises, comme pour la tuberculose, soient entreprises.

3°) Conclusions cliniques et thérapeutiques :

Une recherche plus précise, la systématisation de l'intra-dermo-réaction à la tuberculine, une meilleure connaissance du syndrome permettra de le reconnaître plus fréquemment. Le syndrome de Löfgren sarcoïdosique peut être retrouvé dans les services de médecine, de pneumophtisiologie, de dermatologie, où les malades atteints de ce syndrome aboutissent le plus souvent, suivant l'allure de leurs atteintes cliniques.

.../...

Le diagnostic du syndrome de Löfgren est souvent aisé, surtout quand existe l'anergie tuberculinique. Des épreuves spécifiques, telles que le test de Kveim sensibilisé par la méthode de Siltzbach, l'étude histologique d'un fragment de biopsie préscalénique de Daniels ou de biopsie bronchique, permettent souvent d'en confirmer le diagnostic.

Le pronostic du syndrome de Löfgren étant favorable, aucune thérapeutique d'épreuve antituberculeuse ou corticoïde n'est indiquée. Mieux vaut attendre la confirmation du diagnostic par des investigations plus approfondies avant le traitement cortisonique, que d'instaurer n'importe quel traitement d'épreuve.

++++++++++++++++

B I B L I O G R A P H I E

1. ABRAMSON.L

Nord Médical 1943
Tome XVII - page 129.

2. ANDERSON.R.- GERAINT-JAMES.D - PETERS.P.M.
THOMSON A.D.

The Kveim test in sarcoïdosis
The Lancet 1963 - Vol. II, pp. 650-653.

3. ARDELL - Nord Médical 1946 - Tome XXIX - page 143

4. BARIETY M. - POULET J.

La sarcoïdose de Besnier-Boeck-Schaumann
Editions médicales Flammarion - Paris, 1958.

5. BASSET-LACRONIQUE F.

Principales lésions histologiques constatées
au cours des sarcoïdoses.
La Vie Médicale 1967, Tome 48, pp. 1827-1840.

6. BASSET G.; GEORGES R. ; TURIAF J.

Intérêt de l'étude de la fonction respiratoire
dans la sarcoïdose pulmonaire.
Le poumon et le coeur 1967 - Tome XXIII, pp.569
604

7. BOLICEK O.

Löfgren's syndrome Subacute Sarcoïdosis, Analysis
of a séries of 15 patients.
Tb Odd Nemocn. Ounz Uberec - Cas Lek Ces 1968
104/45 pp. 1229-1234.

.../...

8. BOUCEKKINE T., AMELLAL D., CHAULET P., YAKER A.

Un syndrome de Löfgren
Société de Médecine d'Alger, 14 décembre 1968.

9. BROCHARD H., CHOFFEL C.

Adénopathies hilaires bilatérales avec Erythème noueux d'origine streptococcique vraisemblable.
Bulletin de la Société Médicale des hôpitaux de Paris 1957 - tome 73, pp. 31-34.

10. BROCARD H., CHOFFEL C.

L'association d'adénopathies médiastinales non tuberculeuses et d'érythème noueux.
Presse médicale, Paris, 1957, tome 51, pp. 1184-1187.

11. BROCHARD H., THOYER G., GALLOUEDEC CH. et LABURTHE-TOLRAY.

Syndrome de Löfgren consécutif à une pneumopathie ornithosique.
Journal Français de Médecine et Chirurgie thoracique, 1961, tome XV, pp. 517.

12. BROCHARD H., VANNIER R., BATTESTI J.P.

L'évolution spontanée des adénopathies médiastinales présumées sarcoïdosiques.
Bulletin et mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris, 1961, tome 77, pp. 820-827.

. ./. .

13. BRUN J.

Les tests fondamentaux de diagnostic au cours de la sarcoïdose en dehors du test de Kveim.
La Vie Médicale 1967, tombe 48, pp. 1819-1824.

14. BRUN J., REVOL A., PERRIN-FAYOLLE M., QUENEAU P.

Sarcoïdose et perturbations neuro-endocriennes.
Le poumon et le coeur, 1967, tome XXIII, pp. 539-568.

15. BRUN J., REVOL A., KAB J.C., PERRIN-FAYOLLE M., QUENEAU P., DAUDON M.

Bilan et valeur actuelle des signes d'hyperactivité neuro-hypophysaire testée par l'épreuve à la métopirone.
IVme Conférence internationale de la Sarcoïdose Paris, 1965, pp. 567-586.

16. CHRETIEN J.

Panorama des manifestations de la sarcoïdose.
La Vie Médicale 1967, tome 48, pp. 1711-1729.

17. CHRETIEN J.

La sarcoïdose : bases anatomo-pathologiques conceptions nosologiques et pathogéniques.
La Revue du Praticien 1969, tome XIX n° 25, pp. 3530-3546.

.../...

18. CHRETIEN J., MULLER P., LEMOINE J.M.

La bronchoscopie dans le diagnostic étiologique des adénopathies péri-trachéo-bronchiques (128 observations avec prélèvements endobronchiques). J.F. de Médecine et de Chirurgie thoracique 1961, tome XV, pp. 493-516.

19. COLLET A., BASSET F., NORMAND-REVET C.

Etat actuel des connaissances sur l'ultra-structure des lésions sarcoïdosiques.
Le Poumon et le Coeur, 1967, tome XXIII, pp. 483-492.

20. COUCKE C., STOYANOV S.

A propos de 2 nouveaux cas de sarcoïdose de Besnier-Boeck-Schaumann à forme andothoracique dont un à manifestations ocalaires prédominantes. Société de Pneumophtisiologie d'Alger, 8 novembre 1968.

21. CRINQUETTE J., DEREUX J.F., ROUTIER G.

Le Syndrome de Löfgren (4 observations). Journal Français de Médecine et de Chirurgie thoracique, 1962, tome XVI, pp. 601-609.

22. DADDI G.

Immunologie de la Sarcoïdose.
Le Poumon et le Coeur, 1968, tome XXIV, pp. 327-337.

.../...

23. DEREUX J., CRINQUETTE J., DEREUX JF., ROUTIER G., Melle. MAHEU M.

Syndrome de Löfgren d'origine sarcoïdosique.
Bulletins et mémoires de la Société de Médecine des hôpitaux de Paris, 1961, tome 77, pp. 1115-1118.

24. FOUQUET J., TEYSSIER L.

Syndrome de Löfgren avec érythème noueux à rechute.
Revue de la Tuberculose, Paris 1959, tome XXIII, pp. 321-324.

25. GALY P., DORSIT G.

La sarcoïdose vue par le Pneumologue.
La Revue du Praticien 1969, tome XIX, n° 25, pp. 3585-3600.

26. GERNEZ-RIEUX Ch., GOUDEMAND Ch., SAVINEL E., MEREAU J., VOISIN C.

Adénopathies médiastinales bénignes latentes et spontanément régressives.
Journal Français de Médecine et de Chirurgie thoracique, Paris, 1954, tome VIII, pp. 321-332.

27. GRAVESON PP.

Lympho granulomatosis benigna
Odense, 1942.

.../...

28. GRUPPER CH., BEAUVOIS A.

Erythème noueux avec adénopathies médiastinales d'origine non tuberculeuse. Maladies de B.B.S. C.R. de santé de dermatologie et syphiligraphie Semaine des hôpitaux de Paris, 1955, tome XXXI, p. 3465.

29. HAMLADJI R., BELKHODJA A., COLONNA P.

Cas pour diagnostic = sarcoïdose ou tuberculose? Société de Médecine d'Alger, 6 avril 1968.

30. JAMES D.G.

Erythème nodosum
Brit. Méd. J. 1961, tome I, p. 853.

31. JAMES D.G.

Immunologie de la sarcoïdose.
Le Poumon et le Coeur, 1967, tome XXIII, pp. 529-537.

32. KALBIAN U.V.

Bronchial involment in pulmonary sarcoïdosis
Thorax 1957, tome XII, pp. 18-23.

33. KARLISH A.J.

Le diagnostic bronchoscopique de la sarcoïdose
Les bronches 1967, tome XVII, pp. 397-407.

34. LARBAOUI D., LARBAOUI M.

Manifestation de la maladie de Besnier-Boeck-Schaumann, révélée par l'association d'une localisation cutanée.
Journal de Pneumophtisiologie d'Afrique du Nord, 1960, tome 9, p. 3.

.../...

35. LARBAOUI D., CHAULET P., ABDERRAHIM K., ZIROUT A., OUSSEDIK N., BOUGHERBAL R.

Sarcoïdoses respiratoires observées à Alger
Société Algérienne de Pneumophtisiologie, réunion de Constantine, 9 janvier 1970.

36. LAZIB A., CHAULET P., BOUHADEF M.

Un nouveau cas de Besnier-Boeck-Schaumann
Société de Médecine d'Alger, 25 nov. 1967.

37. LEBACQ E.

La sarcoïdose
Editions Alscia SA. Bruxelles, Librairies Maloine S.A., Paris 1965.

38. LEBACQ E., VERHAEGEN H., BAERT L.

L'érythème noueux, étude de 70 cas et revue de la littérature.
Semaine des hôpitaux de Paris, 1964, tome 57, pp. 2103-2109.

39. LEBACQ E., PLUYGERS E., TIRZMALIS A., GOSSART J. et COSYNS J.

La ponction biopsie du foie dans le diagnostic des adénopathies médiastinales isolées et de l'érythème noueux.
Journal Français de Médecine et de Chirurgie thoracique 1957, tome IX, p. 528.

40. LEVINSKY L., VOTAVA V., SCHWANK S.

Fréquence du syndrome de Löfgren en Tchécoslovaquie
Etude épidémiologique - IVme Conférence internationale de la sarcoïdose - Ed. Masson, Paris 1965, pp. 373-377.

41. LOFGREN S.

Erythème nodosum études ou étiology and pathogénisis in 185 adult cases.
Acta med. scandinavia Stockholm 1946, supplément 174.

42. LOFGREN S.

Primary pulmonary sarcoïdosis clinical course and prognosis.
Acta médica scandinavia 1953, tome 145, p. 424.

43. LOFGREN S.

Aspects actuels de l'épidémiologie de la sarcoïdose.
Le poumon et le coeur, 1967, tome XXIV, pp. 605 608

44. LOFGREN S., LUNDBACK H.

"The bilatéral halar lymphoma syndrome" à study of the relation to tuberculosis and sarcoïdosis in 212 cases.
Acta médica scandinavia, 1952, tome 142.

45. LOFGREN S., STAVENOW S.

Course and prognosis of sarcoïdosis
Amer. Rev. Resp. dis. 1961, 84, p. 71.

46. MANIGAND G.

L'érythème noueux de l'adulte.
Revue du Praticien, Paris, 1966, tome XVI, pp. 1167-1178.

.../...

47. MATHER G., DAWSON J., HOYLE C.

Liver biopsy in sarcoïdosis
Quart. J. Médecine 1955, tome 24, pp. 331-350.

48. MEYER A.

Les adénopathies médiastinales non tuberculeuses avec érythème noueux (syndrome de Löfgren).
Bulletins et mémoires de la Société de Médecine de Paris, 1959, tome 75, pp. 439-457.

49. MEYER A., RAUGEL M., JULLIEN (J.L.), NADOLNY A.

Adénopathies médiastinales non tuberculeuses avec érythème noueux (syndrome de Löfgren) (4 nouvelles observations).
Revue de la tuberculose 1959, tome XXIII, pp. 357-372.

50. MORIN G., GRALL A.

Les aspects radiologiques des sarcoïdoses.
La Vie Médicale 1967, tome 48, pp. 1775-1803.

51. MORIN M., RAIN P.

Maladie de Besnier-Boeck-Schaumann. Fréquence, évolution et pronostic, traitement.
Revue du Praticien 1969, tome XIX, n° 25, pp. 3619-3636.

52. NORBERG R.

The serum immunoglobulin levels in sarcoïdosis in IVè Conférence internationale de la sarcoïdose.
Ed. Masson, Paris 1965, pp. 261-264.

../..

53. PALEY Y., CHRETIEN J.

Adénopathies médiastinales associées à une polyarthrite fébrile et à une érythème annulaire discoïde.
Revue de la tuberculose, Paris 1959, tome XXIII, pp. 317-321.

54. PARIENTE R., ETIENNE J.P., DELAVIERRE PH., BROUET G.

Intérêt de l'examen histologique et laparoscopique du foie dans la sarcoïdose ganglio-pulmonaire (à propos de 28 observations).
La presse Médicale 1967, tome 75, n° 33, pp. 1679-80.

55. PETITJEAN R., DECHELOTTE J.

Syndrome de Löfgren aigu et sarcoïdose
Poumon et Coeur, Paris 1965, tome XXI, pp. 157-168.

56. REVOL L., MAITREPIERRE J.

Le syndrome de Löfgren (à propos de 2 observations d'adénopathies hilaires bilatérales accompagnées d'érythème noueux ou polymorphes, d'étiologie indéterminée et d'évolution régressive).
Semaine des hôpitaux, Paris 1957, tome 33/2 pp. 3959-3964.

.../...

57. REVOL L., MAITREPIERRE J., GAUTHIER

Adénopathies hilaires bilatérales accompagnées d'érythème noueux ou polymorphes d'étiologie indéterminée et d'évolution régressive. Syndrome de Löfgren.
Lyon Médical 1956, tome 88, pp. 387-392.

58. REOLFSMA J., BUYTENDIJK HJ., MAESEN F.

A propos de l'évolution et du pronostic de la maladie de Besnier-Boeck-Schaumann.
Poumon et Coeur, Paris 1965, tome XXI, pp. 147-155.

59. ROUQUES L.

Le test de Kveim dans la sarcoïdose
La presse Médicale 1964, tome 72, pp. 685.

60. ROUX-BERGER M., HAUTEFEUILLE E., TEYSSIER L., BIDOU S.

Adénopathies médiastinales bilatérales latentes et curables avec hyposensibilité tuberculinique (19 cas).
Journal Français de Médecine et de Chirurgie thoracique, Paris 1955, tome IX, pp. 662-687.

61. SCADDING J.G.

Sarcoïdosis
Editions eyre et spottiswoode, London 1967.

.../...

62. SCHIESSLE W., KONN G., WURM K., REINDELL H.

Considérations radiologiques bronchoscopiques et biopsiques dans la sarcoïdose endothoracique (302 cas). Eléments pathogéniques.
Journal Français de Médecine et Chirurgie thoracique 1963, tome XVII, pp. 645-480.

63. SILTZBACH L.E.

An international Kveim test Study 1960-1966, in IVè Conférence internationale de la sarcoïdose.
Editions Masson, Paris 1965, pp. 201-213.

64. SILTZBACH L.E.

Aspects cliniques et expérimentaux du test de Kveim dans la sarcoïdose.
Le Poumon et le Coeur 1967, tome XXIII, pp. 499-527.

65. SKJOLD N.

Acta Medica scandinavia 1965, supplément 157.

66. TURIAF J., BASSET F., BATTESTI J.P., JEANJEAN Y.

La réaction de Kveim
La Vie Médicale 1967, tome 48, pp. 1805-1816.

67. THIBAULT PH.

Problèmes posés par le diagnostic de la sarcoïdose
La Presse Médicale 1967, tome 75, n° 33, p. 1677.

.../...

68. TURIAF J.

Méthodes et examens de laboratoires pour le diagnostic de la sarcoïdose
La Revue du Praticien 1969, tome XIX, n° 25 pp. 3549-3567.

69. TURIAF, BRUN, JEANJEAN

Le traitement de la sarcoïdose pulmonaire par la cortisone. (à propos de 8 observations nouvelles).
Journal Français de Médecine et de Chirurgie thoracique 1955, tome V, p. 587.

70. TURIAF J., MARLAND P., ROSE Y., SORS CH.

Valeur des renseignements fournis par la bronchoscopie et la biopsie de la muqueuse bronchique pour le diagnostic des formes pulmonaires de la sarcoïdose de Besnier-Boeck-Schaumann.
Journal Français de Médecine et de Chirurgie thoracique 1953, tome VII, pp. 188-195.

71. VOTAVA V., LEVINSKY L., SCHWANK R.

The incidence of Löfgren syndrome
Congressus phtisiologims cechoslovacus
Praha 1965, p. 115.

72. WOORD R.T., BEHLEN CH., WZARY P.E.

Syndrome de Löfgren
Archives of dermatology virgime 1966, tome 94, pp. 406-408.

.../...

73. . ZERDANI S., ANDRE LJ., CHATAIGNEAU P., BONNARDOT R., MONTESQUIEU R., BON J.F., AUGER C., DUTOIT A.

Trois cas de maladies de Besnier-Boeck-Schaumann observés en Algérie, dont deux cas chez des Algériens.
Algérie Médicale 1968, Vol. 5 n° 1, pp. 23-27.

74. ZERDANIE S., ANDRE LJ., COUSIN B., SLOUGUI A., BONNARDOT R., DEXEMPLE P., DAHMANE M.A., BERRAH A., MERIOUA H.A.

Quatre nouveaux cas de maladie de Besnier-Boeck-Schaumann chez des Algériens.
Société de Médecine d'Alger, 28 juin 1969.

75. ZERDANI S., DEXEMPLE P., COUSIN B., MOTTE M.

Manifestations ostéo-articulaires de la maladie de Besnier-Boeck-Schaumann.
8me Journées Médicales de l'ANP, 8 nov. 1969.

TABLE DES MATIERES

pages

- INTRODUCTION 1

- CHAPITRE I : NOSOLOGIE 4

- CHAPITRE II : NOS OBSERVATIONS 10

- CHAPITRE III : LE SYNDROME DE LOFGREN, forme de début de la sarcoïdose. 23

A. GENERALITES 25

- Fréquence
- Epidémiologie
- Facteurs favorisants

B. LA CLINIQUE 35

C. LE DIAGNOSTIC 37

- Le diagnostic positif 37

. arguments de présomption
. arguments de certitude

- Le diagnostic différentiel 47

D. LE PRONOSTIC 52

- CONCLUSIONS PRATIQUES 53

- BIBLIOGRAPHIE 57